



STATE OF MICHIGAN

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

GRETCHEN WHITMER
GOVERNOR

LANSING

ROBERT GORDON
DIRECTOR

FORMULARIO DE EXENCION DE VACUNACION 2019

INSTRUCCIONES PARA LOS PROGENITORES O TUTORES:

Las Secciones 9208 y 9211 del Código de Salud Pública de Michigan requieren que un progenitor, tutor, o persona *in loco parentis* que esté solicitando que se registre a un menor por primera vez en una **escuela** de Michigan y/o en el 7° grado, o en un programa de residencia grupal, de cuidado, o campamento en este estado deberá presentarle a los oficiales un certificado de vacunación que verifique que se ha vacunado al menor contra difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, parotiditis, rubeola, polio, hepatitis B y varicela (lechina) en el momento del registro o a más tardar el primer día de escuela o de inscripción en el programa. Adicionalmente, se requieren las vacunas antineumocócica conjugada y *Haemophilus influenzae* tipo b para menores en edad preescolar, y se requieren las vacunas antimeningocócica conjugada y Tdap para menores que tienen 11 años de edad o más al ingresar al 7° grado o a un grado superior y para recién inscritos en el distrito.

Un progenitor o tutor que desee eximir a su menor de una vacunación específica debe proporcionar una declaración por escrito indicando las objeciones religiosas o filosóficas a la(s) vacuna(s). El departamento de salud local debe certificar esta exención. Un menor que se haya eximido de una vacunación se considera susceptible a la enfermedad o a las enfermedades contra las cuales la vacuna ofrece protección. **El menor podría estar sujeto a una exclusión de la escuela o del programa si la autoridad de salud local y/o estatal recomienda la exclusión como una medida de control de enfermedades.**

Al firmar esta exención, reconozco que he asistido a la sesión de exención y me han informado sobre las vacunas y las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. Además, comprendo que a mi hijo(a) lo(a) pueden excluir de la escuela o centro de cuidado de menores si el departamento de salud local determina que es necesario controlar la aparición de una enfermedad que se puede prevenir con vacunas.

TODA LA INFORMACIÓN DEBE LLENARSE ABAJO:

Me opongo a que mi hijo(a), Pequeño(a) Michiguense, nacido(a) el 00-00-año, sea inmunizado con las vacunas que he marcado abajo: (*Primer Nombre y Apellido) (*Fecha de Nac.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DTaP, DT, Td, Tdap (Difteria,, Tétanos, Tos Ferina) | <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Antineumocócica Conjugada |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Varicela (lechina) |
| <input type="checkbox"/> MMR (Sarampión, Parotiditis, Rubeola) | <input type="checkbox"/> Antimeningocócica Conjugada |

*Motivo: Descripción del motivo filosófico o religioso

* Nombre del Progenitor(es)/Tutor(es): Sra. M. Michiguense

*Dirección: Cualquier Calle, Ciudad, MI XXXXX Tel.: xxx-xxx-xxxx

Cualquier Escuela, Preescolar, o Guardería

*Programa Preescolar o Guardería Acreditada O Nombre de la Escuela

Sra. Michiguense 00-00-año
*Firma del Progenitor o del Tutor *Fecha de Firma

XXXX RN 00-00-año
*Firma del Departamento de Salud Local Sello *Fecha de Firma

Haga una copia y registre en el historial permanente del menor.

*Campos requeridos

DCH-0716

AUTHORITY: P. A. 368, PART 92, 1978, as amended

Rev. January 1, 2019

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS, por sus siglas en inglés) no discrimina contra ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad de origen, color, estatura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o discapacidad.